



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 75

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sul femminicidio, nonché su ogni forma di
violenza di genere

AUDIZIONE DEL DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'IFO-IRCCS
SAN GALLICANO E DEL PRESIDENTE DELL'UNICEF ITALIA

84^a seduta: martedì 4 maggio 2021

Presidenza della Vice Presidente LEONE

INDICE

Audizione del direttore scientifico dell'IFO-IRCCS San Gallicano e del presidente dell'UNICEF Italia

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 11 e <i>passim</i>	<i>MORRONE</i>	Pag. 3, 11, 12
		<i>PACE</i>	7, 13

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az.

Sono presenti, in videoconferenza, il professor Aldo Morrone, direttore scientifico dell'IFO-IRCCS San Gallicano; il dottor Salvatore Polito e la dottoressa Claudia Messina del medesimo istituto; la dottoressa Carmela Pace, presidente del Comitato italiano per l'UNICEF-Fondazione Onlus; il dottor Andrea Iacomini, portavoce del Comitato italiano per l'UNICEF-Fondazione Onlus; la dottoressa Chiara Curto e la dottoressa Marta Fiasco, specialiste di advocacy presso l'ufficio di presidenza/relazioni istituzionali del Comitato italiano per l'UNICEF-Fondazione Onlus.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata attraverso il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico, nonché, ai sensi dell'articolo 13, comma 4, del Regolamento interno, attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Avverto inoltre che gli auditi e i commissari avranno la possibilità di chiedere in qualsiasi momento la chiusura della trasmissione audio-video e la segretazione dell'audizione o di parte di essa, qualora ritengano di riferire alla Commissione fatti o circostanze che non debbano essere divulgati.

Preciso che, ai sensi del Regolamento interno, sarà la Commissione a decidere su un'eventuale richiesta in tal senso.

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del direttore scientifico dell'IFO-IRCCS San Gallicano e del presidente dell'UNICEF Italia

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del direttore scientifico dell'IFO-IRCCS San Gallicano e del presidente dell'UNICEF Italia.

Lascio subito la parola al professor Morrone, che ringraziamo per aver accettato il nostro invito. Abbiamo avuto la possibilità di confrontarci in altre circostanze, ma avevo il piacere di far conoscere il suo lavoro alla Commissione rispetto a un tema così delicato come quello delle mutilazioni genitali femminili.

MORRONE. Vi ringrazio di questa opportunità.

Vorrei affrontare la problematica da due punti di vista molto importanti: uno è ciò che accade in Europa e in Italia, in particolare sul tema delle mutilazioni genitali femminili; l'altro è quello che accade in diversi Paesi del mondo, in particolare nell'Africa subsahariana. Abbiamo infatti una visione particolare e molto limitata di questo fenomeno, legato soprattutto alla realtà dell'immigrazione, che negli ultimi trent'anni ha interessato il nostro continente e il nostro Paese in particolare, mentre la realtà dell'Africa, soprattutto in questo momento drammatico legato all'emergenza da Covid-19, necessita di un'altra visione.

Il primo punto che sottolineerei è che la definizione di mutilazione genitale femminile già di per sé rappresenta un grande problema, perché a livello internazionale non tutti sono stati d'accordo nel definire questo tipo di intervento e di pratica come mutilazione genitale femminile; altri l'avevano definita con altri termini che non sto qui a sottolineare. Questo già dimostra che effettivamente non c'è un consenso sull'analisi del fenomeno. L'Organizzazione mondiale della sanità, che per anni – negli anni Cinquanta e Sessanta – aveva rifiutato di occuparsi di questa problematica, alla fine ha individuato questa terminologia per sottolineare soprattutto l'evento drammatico della mutilazione dei corpi delle donne quando vengono sottoposte a tale pratica; questo è il primo elemento importante.

Come secondo elemento vorrei sottolineare che le cifre che abbiamo non corrispondono alla realtà: si parla di 200 milioni di donne infibulate nel mondo, più di 3 o 4 milioni di bambine a rischio, ogni anno, di essere infibulate. In realtà, questa è solo la punta dell'*iceberg* di una situazione molto più drammatica in quanto in molte aree remote rurali, come sta avvenendo per il Covid-19, non abbiamo alcuna possibilità di conoscere con esattezza il numero delle bambine e delle donne che vengono sottoposte a tale pratica. Vi sono delle zone dove è ormai diffusa: mi riferisco in particolare all'Africa, ma vi sono anche altre zone a livello mondiale dove viene comunque praticata. Quella africana è la realtà che conosciamo più direttamente, ma in moltissime aree e Paesi del mondo la diffusione delle mutilazioni genitali avviene a macchia di leopardo: in alcuni villaggi è molto sostenuta, mentre in altri, fortunatamente, è stata ormai abbandonata; questo per l'intervento e la capacità di convincere donne e uomini di questi villaggi che il futuro delle bambine non è legato a tale pratica, ma soprattutto alla frequenza della scuola e alla possibilità di un lavoro. L'altro punto importante è che il numero che tendiamo a fornire ogni anno è legato più a un'idea del fenomeno che non alla realtà, perché a mio parere sono molto più numerose le mutilazioni nelle varie forme.

Solitamente, dal punto di vista didattico, le mutilazioni genitali femminili sono suddivise in tre tipologie, in rapporto alla complessità della distruzione dei genitali esterni della bambina o della donna. Il primo tipo è molto più limitato e c'è in genere un'interazione soprattutto con la clitoride; il secondo tipo è più ampio; il terzo tipo è quello che viene chiamato normalmente infibulazione faraonica o sudanese («faraonica» è il termine che veniva dato in Sudan e «sudanese» quello che veniva dato in Egitto, i due Paesi che avevano una maggiore esperienza di questa forma).

La terza forma è quella più drammatica perché non comporta soltanto l'escissione delle labbra interne ed esterne, ma anche la chiusura dell'orifizio vaginale, che spesso avviene in maniera drammatica, ovviamente dopo aver asportato la parte dei genitali esterni, in quanto non viene mai ricucito attraverso un sistema di *catgut* o comunque di tessuto chirurgico, ma in maniera molto più terribile e dolorosa. In effetti, molto spesso queste bambine, soprattutto quelle che vengono sottoposte alla terza forma di infibulazione, soffrono terribilmente anche nei giorni successivi, in alcuni casi in maniera molto drammatica.

Il tema del rispetto dell'igiene nel realizzare questo tipo di interventi è del tutto secondario in rapporto al danno che viene fatto. L'asportazione della clitoride è un danno notevole per la femminilità di queste persone, soprattutto perché è un organo estremamente importante dal punto di vista delle fibre nervose che lo formano e lo attraversano.

Quali sono gli effetti collaterali più frequenti? Naturalmente il più frequente è l'infezione, dovuta agli strumenti non adeguati che vengono utilizzati e all'ambito dell'intervento, che è di mancanza totale di sterilizzazione; ma il rischio effettivamente maggiore è quello di un'emorragia massiva quando per errore viene tagliata l'arteria femorale. Dovete immaginare che queste bambine, a cui viene spesso imposta una posizione, cercano di gridare ed evitare questa posizione, quindi talvolta può accadere il taglio dell'arteria femorale. Sono stato testimone, successivamente a questo tipo di intervento, della morte di una ragazza proprio per il taglio dell'arteria femorale.

L'emorragia è frequente, l'infezione è frequente, ma sicuramente più gravi sono gli eventi successivi. Abbiamo infatti danni collaterali immediati, come appunto l'emorragia e addirittura la morte (sulla morte ci sono molti dati contrastanti), ma il danno collaterale più frequente sono le fistole vescico-vaginali. La fistola vescico-vaginale determina un'ulteriore mutilazione e perdita di dignità della donna, perché provoca la perdita delle urine per il resto della vita o almeno finché, per alcune ragazze o donne più fortunate, non avviene un intervento chirurgico in quelli che vengono chiamati «fistola *hospital*». I «fistola *hospital*» sono delle strutture (ne abbiamo insediate alcune in Etiopia) in cui viene effettuato un banalissimo intervento per permettere la chiusura della fistola, perché queste donne perdono le urine e vivono una vita drammatica, da mutilate e come fossero delle lebbrose, eliminate dalla comunità.

Un altro danno veramente terribile sono le cicatrici ipertrofiche che- loidi che determinano una riduzione dell'apertura cervico-vaginale. Ciò determina intanto un impedimento notevole nell'eventuale visita ginecologica di donne che sono state sottoposte a questo tipo di intervento, ma soprattutto il rischio della morte intrauterina del feto: questo è un altro elemento drammatico. Spesso in Africa queste donne, nel tentativo di raggiungere un ospedale a diverse decine di chilometri dai loro villaggi perché si possa intervenire per un parto cesareo, purtroppo perdono il bambino dal momento che non riescono ad arrivare in tempo. Come ci siamo accorti in Italia e in Europa di questo fenomeno? Proprio per l'arrivo al

pronto soccorso ginecologico di queste pazienti che non erano state sottoposte a visita o controlli durante la gravidanza, per le quali sarebbe stato impossibile il parto naturale e che necessitavano dell'intervento di un parto cesareo per consentire il travaglio e la fuoriuscita del feto.

Un altro elemento molto grave, nelle donne che hanno subito il danno, è la difficoltà all'esame fisiopatologico, l'aumento delle episiotomie dovute a cause materne e fetali, una maggiore incidenza di lacerazioni perineali, emorragie, incontinenze, disturbi febbrili molto elevati, emorragie preparto e *post* parto, infezioni urinarie. C'è soprattutto il rischio aumentato di preeclampsia e ovviamente anche il rischio della ritenzione del materiale abortivo e di emorragia *post* parto. Questo tipo di danno – ripeto – è estremamente doloroso, grave, e mina fundamentalmente la fisicità delle donne.

Accanto a questo c'è un altro dramma, quello delle complicanze psicologiche e sessuali in questi soggetti, che perdono la possibilità del piacere sessuale e riportano un trauma violento. Un trauma violento che abbiamo osservato in molte bambine è che non hanno alcuna conoscenza di ciò che avviene con il menarca, cioè con la prima mestruazione; in tal caso la prima mestruazione diventa un momento dolorosissimo, perché si accorgono della fuoriuscita di sangue senza che nessuno le abbia avvisate che a una certa età sarebbe avvenuto il fenomeno della prima mestruazione. È una situazione drammatica e molto dolorosa che incide sia sulla componente fisica che sulla componente psicologica di queste persone.

Tendo a sottolineare, in realtà, che la storia delle mutilazioni genitali è estremamente complessa, perché il termine infibulazione che continuiamo a utilizzare – lo spiego spesso ai nostri colleghi anglosassoni, americani e europei – deriva squisitamente dal termine fibula, che era la fibula con la quale i romani impedivano alle loro mogli e alle loro compagne di avere rapporti sessuali durante il periodo in cui andavano in guerra, apponendo una vera e propria fibula che chiudeva definitivamente l'orifizio vaginale a queste donne: da qui nasce il termine infibulazione, che è uno dei tanti con cui vengono definite le mutilazioni genitali femminili.

Vi è la possibilità di ripresa fisica e di recuperare questo *shock* terribile, che non è soltanto quello fisico ed emorragico ma è anche lo *shock* psicologico e sessuale, ma il recupero è molto lento e non siamo particolarmente attrezzati per recuperare queste donne alla vita normale, sia in Europa sia in Italia, proprio per la mancanza di servizi che siano specificamente indicati.

L'altro elemento molto drammatico è che per alcuni anni in Europa, in alcuni Paesi, fortunatamente non in Italia, vi è stata la possibilità di ripetere l'infibulazione dopo il parto, quella che veniva chiamata la re-infibulazione. In alcuni Paesi europei, per una sorta di scorretto ed errato senso di libertà culturale (questo accadeva, tanto per essere chiari, soprattutto in Svezia), dopo il parto le donne potevano scegliere di essere re-infibulate e richiedere questo tipo di intervento successivo al parto; questo poi è stato proibito. Come voi sapete in Italia la legge ha proibito le mutilazioni genitali femminili, per cui c'è una normativa molto dura da que-

sto punto di vista. Tuttavia in questa normativa è mancato l'investimento in attività di sensibilizzazione contro le mutilazioni genitali femminili.

In questi mesi ho avuto modo di sentire i colleghi dell'Africa subsahariana e la questione dolorosa dell'anno scorso e di quest'anno è che, a causa del Covid-19, molte scuole sono state chiuse e ciò ha determinato di nuovo la piaga dei matrimoni precoci in molte di queste aree e, insieme ai matrimoni precoci, la ripetizione della pratica dell'infibulazione in queste bambine. Questa è la dimostrazione di come l'approccio non possa essere soltanto medico, ma è necessario un approccio antropologico, sociale, culturale e psicologico e anche un approccio di tipo economico. Quando abbiamo lavorato – e continuiamo a lavorare – in molti villaggi dove le mutilazioni sono fortemente presenti, ci siamo resi conto che molte famiglie sono convinte che la mutilazione possa essere l'opportunità per contrarre un matrimonio estremamente vantaggioso per la loro figlia.

In Italia è molto più semplice intervenire, incontrando le *leader* delle comunità straniere provenienti da Paesi a forte tradizione escissoria; nelle aree dei loro Paesi di provenienza, invece, bisogna trovare un'alternativa a queste donne che vivono eseguendo la mutilazione genitale femminile, in genere del primo o del secondo tipo, che sono quelle che costano meno e sono anche più frequenti. È necessario un intervento per cercare di trasformare queste donne in una sorta di operatrici sanitarie al contrario, facendo in modo che possano continuare a lavorare ma in senso opposto: cioè non producendo questo tipo di danno ma anzi lavorando per una sorta di supporto alla maternità e alla gravidanza. Lì c'è un investimento economico: se le donne capiscono che c'è un vantaggio nel cambiare la loro professionalità, smettono questa pratica e gettano gli strumenti dell'infibulazione per acquisire gli strumenti della tutela della salute, ma è necessario un investimento culturale e anche economico.

In futuro ritengo che dovremmo essere più attenti a questa realtà e investire di più, anche in Europa, dove ha luogo il dramma delle bambine che, alla chiusura delle scuole, vengono portate a trascorrere le vacanze nei Paesi d'origine per andare a incontrare i nonni; questi sono i casi che la magistratura ha indagato in maniera particolare nel nostro Paese, ma anche in altri Paesi europei. Occorre intervenire con un'attenzione particolare perché la scuola in Europa è l'unico luogo dove si può creare un'integrazione e sensibilizzare le famiglie ad abbandonare completamente questa pratica, che è sì proibita in Italia, ma il rischio che venga praticata in una sorta di mercato nero o in clandestinità purtroppo esiste ancora.

PRESIDENTE. Do la parola alla presidente Pace.

PACE. A nome del Comitato italiano per l'UNICEF ringrazio la presidente Valeria Valente e tutti i componenti della Commissione parlamentare d'inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere, per l'invito a contribuire all'approfondimento che la Commissione sta svolgendo sulla tematica delle mutilazioni genitali femminili.

Rientra nel mandato dell'UNICEF promuovere e tutelare in tutto il mondo i diritti delle bambine e dei bambini, con l'ambizione che possano quotidianamente beneficiare dei diritti previsti dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, approvata il 20 dicembre 1989 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite e di cui quest'anno l'Italia celebra il trentennale della ratifica, avvenuta con la legge 27 maggio 1991, n. 176.

La Convenzione è il trattato sui diritti umani che più di ogni altro tutela in maniera completa i diritti dei minorenni e non a caso è quello maggiormente ratificato al mondo. Tra i suoi principi fondamentali spiccano: l'articolo 2, che sollecita gli Stati ad adottare provvedimenti appropriati affinché il minorenne sia protetto contro ogni forma di discriminazione; l'articolo 3, in base al quale, in ogni decisione che abbia un impatto diretto o indiretto sul minorenne, il superiore interesse in quest'ultimo dev'essere tenuto in primaria considerazione; inoltre gli articoli 19, 32 e 34, che riconoscono a ogni bambino e adolescente il diritto alla protezione da ogni tipo di abuso, di sfruttamento e di violenza.

Nel 2015 le mutilazioni genitali femminili sono state inserite nell'agenda 2030 delle Nazioni Unite sotto l'obiettivo di sviluppo sostenibile n. 5, che ambisce a porvi fine entro il 2030, congiuntamente all'eliminazione dei matrimoni precoci e alle gravidanze in giovane età.

Secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, nella terminologia «mutilazioni genitali femminili» rientrano le procedure che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali femminili esterni o altre modificazioni indotte agli organi genitali femminili effettuati per ragioni non terapeutiche. Le mutilazioni genitali femminili rientrano nelle cosiddette pratiche dannose e sono riconosciute internazionalmente come una violazione dei diritti umani. Esse riflettono una radicata disuguaglianza tra i sessi e rappresentano una forma estrema di discriminazione contro le donne e le ragazze.

Le mutilazioni genitali femminili sono una pratica tradizionale ancora diffusa in molti Paesi africani, in alcuni Paesi dell'Asia e del Medio Oriente, in alcune parti dell'America Latina e, in minore misura, presso alcune comunità di immigrati stabiliti in Europa, Australia, Canada, Nuova Zelanda e Stati Uniti. In molti Paesi la maggior parte delle donne ha subito mutilazioni genitali prima ancora di aver compiuto i 5 anni.

Il fenomeno ha gravi conseguenze nell'immediato e nel lungo periodo sulla salute fisica e il benessere psicologico di donne e bambine, causando gravi emorragie – come ha detto chi mi ha preceduto – e problemi di salute, comprese cisti, infezioni e infertilità, nonché possibili complicazioni al parto, aumentando il rischio di morte della mamma e del nascituro.

Attualmente norme che vietano le mutilazioni genitali femminili sono in vigore in almeno due terzi dei Paesi africani in cui la pratica è diffusa e in numerosi altri Stati anche europei, inclusa l'Italia, caratterizzati dalla presenza di migranti provenienti dagli stessi Paesi in cui la pratica è presente. Determinare l'ampiezza della diffusione del fenomeno è fondata-

tale per la sua eliminazione. Bisogna quindi dotarsi di maggiori strumenti per comprendere la diffusione della pratica e aumentare gli sforzi per proteggere i diritti delle vittime effettive o potenziali.

Nonostante la percentuale delle mutilazioni genitali femminili in tutto il mondo sia in calo rispetto a tre decenni fa, secondo i più recenti dati dell'UNICEF almeno 200 milioni di ragazze e donne vivono le conseguenze derivanti da mutilazioni genitali. Si stima che, entro il 2030, 68 milioni di ragazze rischieranno di subire mutilazioni. Inoltre, sempre secondo un'analisi dell'UNICEF pubblicata nel 2020, più o meno una donna su quattro tra quelle che hanno subito mutilazioni genitali vi è stata sottoposta da personale sanitario. La crescita della medicalizzazione delle mutilazioni genitali deriva da un'errata convinzione che i pericoli ad esse legati siano solo di natura medica, senza considerarle una violazione dei diritti fondamentali della persona.

La tendenza verso le mutilazioni medicalizzate si scontra con la crescente opposizione alla pratica a livello globale. Recenti indagini hanno infatti rilevato che, rispetto a trent'anni fa, le bambine hanno meno possibilità di essere sottoposte a mutilazioni genitali e che il sostegno alla pratica è in declino anche nei Paesi dov'è ancora largamente diffusa.

Una maggiore sensibilizzazione sta di fatto comportando cambiamenti sociali evidenti rispetto a questo fenomeno ed è probabile che oggi le ragazze adolescenti si oppongano alla pratica rispetto alle donne più adulte. Secondo l'UNICEF, negli ultimi trent'anni il numero delle ragazze tra i 15 e i 19 anni costrette a subire tale pratica è diminuito in modo consistente e ciò è avvenuto in Liberia, Burkina Faso, Kenya ed Egitto.

In Italia un'indagine del 2013 ha stimato che circa 35.000 donne avessero subito una qualche forma di mutilazione dei genitali e che circa 1.000 ragazze avessero rischiato di subirle. Secondo un'indagine presentata invece nel 2020 dall'Università degli studi Milano-Bicocca e finanziata dal Dipartimento per le pari opportunità, le donne che attualmente in Italia convivono con le conseguenze derivanti dalle mutilazioni genitali subite sarebbero circa 90.000, di cui 7.000 minorenni, con Nigeria ed Egitto tra i Paesi maggiori tributari, mentre le bambine a rischio mutilazioni nel nostro Paese sarebbero oltre 4.600. Tale numero risentirebbe dei flussi migratori che hanno interessato l'Italia negli ultimi decenni, in particolare da alcuni Paesi in cui la pratica è ancora molto diffusa.

L'indagine, effettuata attraverso interviste a cittadine immigrate presenti sul territorio nazionale, è servita a raccogliere e a mappare i bisogni medico-sanitari delle donne intervistate e a costruire politiche di prevenzione e contrasto del fenomeno. Le donne intervistate in occasione dell'indagine, circa 2.200, sono di prima generazione e hanno subito la pratica nel Paese d'origine; l'indagine dell'Università degli studi Milano-Bicocca ha investigato infatti anche sull'origine delle donne. Il 9,4 per cento delle intervistate si è detto favorevole alle mutilazioni genitali femminili, mentre il 37,5 per cento si è dichiarato attivo nel contrasto della pratica, sia nel Paese d'origine che in Italia; il 42 per cento non si è dichiarato favorevole, ma ha risposto di non essersi mobilitato affinché la pratica venga abbandonata.

Tra le motivazioni alla base della scelta della pratica ci sarebbero le tradizioni culturali (22,5 per cento) e l'accettazione sociale (13,2 per cento). Il 76,6 per cento delle rispondenti ha dichiarato, infine, che non sottoporrebbe la propria figlia alla pratica delle mutilazioni per nessun motivo. In particolare, le donne non mutilate non mutilerebbero a loro volta le figlie. Ciò evidenzia sia il fatto che l'abbandono di una norma sociale richiede tempo, sia il fatto che l'inattività rispetto al suo abbandono si riverbera in un'efficacia dell'impatto delle politiche nazionali di prevenzione e contrasto. Viceversa, ogni bambina a rischio che non sarà mutilata diverrà una madre che a sua volta non mutilerà, in un circolo virtuoso che è alla base della riduzione del fenomeno, sia nei Paesi d'origine che in Italia.

La promozione dell'abolizione delle mutilazioni deve passare attraverso azioni coordinate e sistematiche capaci di coinvolgere intere comunità e concentrarsi sui diritti umani e sull'uguaglianza di genere. Tali azioni dovrebbero enfatizzare il dialogo sociale e l'emancipazione della comunità per porre fine a questa pratica. Inoltre, le azioni dovrebbero rivolgersi ai bisogni della salute sessuale e riproduttiva delle persone che ne subiscono le conseguenze.

L'istruzione gioca un ruolo fondamentale nel favorire i cambiamenti sociali: più le madri sono istruite, minori sono i rischi che le loro figlie vengano mutilate; più le ragazze frequentano la scuola, più acquisiscono consapevolezza, avendo l'opportunità di confrontarsi con persone che hanno rifiutato la pratica.

La legislazione da sola non è sufficiente. Tutti gli attori – Governi, ONG e comunità – devono promuovere un cambiamento sociale positivo attraverso programmi e politiche mirate all'eliminazione delle mutilazioni, così come di tutte le altre forme di violenza contro i bambini direttamente o indirettamente legate a norme sociali.

Quanto premesso spiega perché l'UNICEF, per prevenire e contrastare il fenomeno delle mutilazioni genitali femminili, sottolinei la necessità di un approccio olistico, che consideri cioè i diversi fattori che contribuiscono ad alimentarlo e che abbia come presupposto quello di investire sulla prevenzione attraverso azioni come la promozione del cambiamento sociale e il superamento di norme giuridiche, sociali e culturali che tollerano, minimizzano e giustificano la violenza in qualsiasi forma; la sensibilizzazione di famiglie, comunità, operatori ed educatori; il miglioramento dei sistemi di protezione dei bambini, a partire da un sistema di raccolta dati affidabile; lo sviluppo e il consolidamento di adeguate cornici legali e politiche per la tutela dei bambini e degli adolescenti da tutte le forme di violenza; il sostegno a piani nazionali di azioni integrate e coordinate per affrontare la violenza sui minorenni; l'applicazione di linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di violenza, incluse le vittime di mutilazioni genitali femminili o di altre pratiche dannose; un impegno finanziario adeguato a sostegno dell'uguaglianza di genere nella cooperazione internazionale, in particolare a progetti e programmi per il contrasto alle pratiche dannose.

A questo proposito, dal 2008 l'UNICEF porta avanti, insieme al Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, il programma congiunto «Accelerare il cambiamento», il più ampio programma mondiale per eliminare le mutilazioni genitali femminili. Trattandosi di una pratica appartenente al retaggio culturale di intere popolazioni, il suo abbandono può avvenire solo tramite un cambiamento sociale che passi attraverso la presa di coscienza dell'inutilità e dei danni di tale intervento il quale non comporta i benefici che sarebbe invece mirato a garantire alle donne.

Per concludere, quest'anno l'Italia per la prima volta ha la Presidenza del G20 e il prossimo 21 maggio si terrà a Roma il vertice globale sulla salute, co-organizzato dal Governo italiano e dalla Commissione europea. Il *summit* rappresenta un'opportunità per il G20 e per tutti i *leader* invitati (tra i quali i responsabili delle organizzazioni internazionali e regionali e i rappresentanti degli organismi sanitari globali) per condividere le esperienze maturate ed elaborare e approvare una dichiarazione di Roma i cui contenuti potranno costituire un punto di riferimento per rafforzare la cooperazione multilaterale e le azioni congiunte per prevenire future crisi sanitarie mondiali.

Sarebbe dunque estremamente importante se la dichiarazione di Roma ribadisse l'impegno internazionale nella prevenzione e nel contrasto delle pratiche dannose e a favore dell'uguaglianza di genere. L'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili e l'uguaglianza di genere sono infatti obiettivi interdipendenti che si rafforzano reciprocamente, poiché gli stessi interventi che porranno fine alle mutilazioni genitali femminili favoriranno la conquista da parte di donne e ragazze della consapevolezza di sé e dei propri diritti umani, contribuendo in questo modo alla crescita e al benessere delle proprie comunità.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere al professore Morrone com'è possibile praticare in Italia la re-infibulazione, visto che dalla sua puntuale relazione mi è parso di intendere che viene praticata nel nostro Paese.

MORRONE. Forse mi sono espresso male: la re-infibulazione non viene praticata in Italia; è stata praticata per un periodo di tempo in Svezia e poi è stata proibita, proprio perché significava reintrodurre un'atroce sofferenza per le donne.

Cosa manca in Italia? La legge 9 gennaio 2006, n. 7, è stata una buona legge, a mio parere; è mancato tuttavia un investimento affinché la legge fosse poi di fatto applicata, non tanto nella parte sanzionatoria, quanto nella parte di sensibilizzazione delle comunità. Faccio un esempio molto concreto: dobbiamo fare in modo che le donne provenienti da Paesi a forte tradizione escissoria possano essere in qualche modo integrate nel nostro Paese, a cominciare da quando sono bambine, attraverso la scuola e attraverso una facilitazione del menarca. Per vari motivi nella nostra tradizione culturale abbiamo associato al cambiamento d'età, quindi al passaggio dalla pubertà all'adolescenza, una serie di abitudini culturali molto

importanti. Per le bambine provenienti da certi Paesi manca, per esempio, quella che noi chiamiamo la festa della prima mestruazione. Si tratta quindi di sostituire l'infibulazione, non già attraverso l'intervento della puntura, che ha sempre un significato di genitalizzazione del fenomeno e quindi di sofferenza, ma attraverso una festa, quella del passaggio da bambina a donna, che è una tradizione molto importante nei Paesi di provenienza. Sarebbe significativo se, attraverso l'integrazione scolastica e sociale, riuscissimo a investire sul momento del passaggio da bambina a donna con una festa nella quale si portano regali, un po' come avviene per altri versi nel nostro Paese con la festa della prima comunione, che segna una sorta di passaggio dalla pubertà all'adolescenza. Dovremmo riuscire a investire su questo attraverso una sorta di integrazione culturale.

L'altro aspetto importante che ci tengo a richiamare è che questo tipo di pratica è fortemente maschilista: la cosa fondamentale, anche se al momento più difficile, è cercare di coinvolgere gli uomini negli incontri che facciamo con queste donne, con queste bambine, perché si tratta di una violenza di genere maschile molto forte. Gli uomini non tendono a contrarre matrimonio con bambine «aperte» (questo è l'aggettivo che si utilizza in Africa), ma solo con bambine «chiuse». È chiaro quindi che la perpetuazione di questa tragedia avviene proprio per una forma di violenza maschile. Se quindi incontrare le donne e le bambine è importante, l'ideale sarebbe riuscire ad avvicinare le comunità maschili per cercare di fare con loro un discorso di sensibilizzazione.

PRESIDENTE. In effetti ci vorrebbe maggiore sensibilità al riguardo. Purtroppo soltanto il 6 febbraio (Giornata mondiale contro le mutilazioni genitali femminili) viene divulgato il numero verde contro la pratica delle mutilazioni genitali femminili, numero di cui non tutti sono a conoscenza. Sicuramente bisogna investire maggiormente per sensibilizzare la collettività.

Voglio porle poi un'altra domanda, professor Morrone. Lei ci ha detto che i numeri in realtà non sono veritieri e che c'è un sommerso preoccupante. In che modo possiamo venire a conoscenza del dato oggettivo e reale del fenomeno?

MORRONE. Non vorrei fare confusione ma, come non abbiamo un'idea chiara della circoncisione maschile, che non è proibita e della quale veniamo a conoscenza solo quando accadono episodi per cui un bambino muore a causa di un'alterazione o di un taglio delle arterie, la stessa cosa vale per le mutilazioni genitali femminili: se non c'è un evento avverso o patologico tale da necessitare il trasferimento in ospedale, non sappiamo se in Italia esiste ancora effettivamente una pratica clandestina.

La mia sensazione è che comunque il fenomeno vi sia nello zoccolo più duro di una parte delle comunità, anche se nella forma di tipo uno dell'infibulazione, cioè nella forma più lieve. Si tratta di persone che non riusciamo a contattare e a coinvolgere in un progetto di integrazione. A mag-

gior ragione non abbiamo assolutamente contezza di quanto avviene in Africa, glielo dico con molta franchezza, non avendo dati certi sul numero delle bambine coinvolte. Quindi, quando prima si è parlato di numeri, si tratta di numeri minimi: non c'è alcun dubbio che ci siano 200 milioni di persone che abbiano subito mutilazioni ed è altrettanto certo che in Italia ci siano state 80.000-90.000 persone che hanno vissuto questa esperienza nel loro Paese. Oltre ai questionari, si fa un'indagine in rapporto alle aree di provenienza, non solo ai Paesi. Quello che non sappiamo è quante siano le bambine a rischio.

È chiaro che, se non riusciamo a far luce su queste situazioni, a intervenire in queste aree e a creare dei rapporti di cooperazione internazionale per lo sviluppo delle bambine, in certi Paesi il fenomeno purtroppo si perpetuerà. Abbiamo un'unica possibilità, ossia quella di favorire l'inserimento delle bambine a scuola.

Altre problematiche drammatiche in certe aree sono anche i matrimoni precoci, le gravidanze precoci e gli aborti precoci. Dobbiamo giustamente ricordare che l'infibulazione e le mutilazioni genitali femminili rientrano tra le cosiddette pratiche pericolose tradizionali. Normalmente parliamo delle mutilazioni e meno delle gravidanze e degli aborti in età adolescenziale, che sono purtroppo rischiosi e molto frequenti. In uno studio condotto alcuni anni fa dall'ospedale San Camillo di Roma, che ho diretto dal 2011 al 2014, abbiamo osservato gravidanze in bambine di 11 anni, non come evento eccezionale ma purtroppo con una certa frequenza. Se questo accade in una città come Roma, si immagini cosa può accadere in aree remote rurali dell'Africa subsahariana.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere alla dottoressa Pace se da parte dell'UNICEF sono stati avviati progetti di sensibilizzazione nei Paesi d'origine.

PACE. Si tratta per noi di un problema molto importante. Condivido quanto detto dal professor Morrone. Abbiamo indicato alcuni dati, ma evidentemente sono soltanto quelli di cui siamo a conoscenza; in realtà i numeri sono molto più grandi, perché in molti villaggi dell'Africa non sappiamo quante bambine vengono infibulate.

Abbiamo dei progetti, anche se quello fondamentale – come ha sottolineato anche il professor Morrone – è la scuola. Bisogna inserire nella scuola tutti i bambini provenienti da Paesi o da etnie in cui l'infibulazione è praticata, con il coinvolgimento anche dei genitori, favorendo, attraverso dei corsi, la giusta conoscenza della cultura e delle norme dei Paesi in cui vanno a vivere. Per quanto riguarda specificamente l'Italia, si tratta di fare in modo che i genitori comprendano le norme che vigono nel nostro Paese: solo così potremo provare a cambiare la loro mentalità e i loro usi e tradizioni.

Ormai vediamo che nelle scuole le classi non sono più soltanto di italiani, ma sono variopinte, come dico io; sono classi in cui troviamo bam-

bini di etnie e di Paesi diversi, soprattutto africani. È su questi che dobbiamo operare perché – come dice anche il professor Morrone – l'infibulazione, le gravidanze precoci, sono tutte forme di violenze che dobbiamo prevenire prima ed evitare.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 14,50.

